

診断書等作成申込書

申込日 20 年 月 日

利用児・者	ふりがな			
	氏名			
	性別	男 ・ 女	生年月日	年 月 日
	現住所	(〒)		
	手帳	無 ・ 有 (療育手帳・身体手帳：更新日 年 月 日)		
申請者	<input type="checkbox"/> 本人	電話番号()		
	<input type="checkbox"/> 家族	氏名	続柄 ()	電話番号()
	<input type="checkbox"/> 関係者	※第三者様からのお申込みには身分証明書のご提示が必要です 氏名 _____ 機関名 _____ 電話番号 ()		

		(1通につきお支払いいただく金額))
診断書等名 (初回・更新)	<input type="checkbox"/> 診療情報提供書(紹介状)	
	<input type="checkbox"/> 就学診断書	2,290 円
	<input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当認定診断書	2,290 円
	<input type="checkbox"/> 障害児福祉手当認定診断書	2,290 円
	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳診断書	5,500 円
	<input type="checkbox"/> 意見書(加配・受給者証)	2,290 円
	<input type="checkbox"/> 年金診断書(申請時)	5,500 円
	<input type="checkbox"/> 年金診断書(受診状況等証明書)	2,290 円
	<input type="checkbox"/> 通院入院証明書	2,290 円
	<input type="checkbox"/> その他()	
担当医師名	医師	提出〆切り日 20 年 月 日

◎作成には一定の期間がかかります。

◎お申し込み後のキャンセル、完成後の追記依頼はお受けできません。

同意して、申し込みます。

<問い合わせ先>

鳥取県立鳥取療育園 地域支援担当 TEL:0857-30-0751

■診断書等受取可能時間帯:平日8時半~17時(土日祝日を除く)

原則受付での手渡しとなります。郵送での受取りをご希望の方は、ご相談ください。

受付者	
-----	--